



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“MANEJO HOSPITALARIO DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SIDA
EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO JUNIO DEL
2012 A JUNIO DEL 2014.”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA.

Autora:

María José Brito Vásquez.

Director:

Dr. Javier Fernando Ochoa Muñoz.

CUENCA – ECUADOR

2015



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

RESUMEN

Objetivo

Evaluar el manejo clínico por hospitalización de pacientes con SIDA en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período junio 2012 a junio 2014.

Métodos y materiales

Se realizó un estudio tipo observacional descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en 68 pacientes hospitalizados en el período junio 2012 a junio 2014, revisando historias clínicas, siendo tabulados y analizados en EpiInfo versión 7 y Excel.

Resultados

El 73,53% de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Sida corresponde al sexo masculino. El 39,71% tienen una edad promedio entre 31 a 40 años, 51,47% son solteros, 58,82% tienen instrucción primaria. El 39,71% residen en la sierra. El 61,76% tienen estado nutricional regular. El Mycobacterium tuberculosis se aísla en el 10,29% de cultivos. El 69,12% presentan carga viral indetectable y un 48,53% presentan menos de 200 células CD4. El diagnóstico de ingreso más frecuente con un 52,9% es el síndrome de desgaste. El 30,88% tienen de diagnóstico de egreso a la enteritis. El 45,59% permanece hospitalizados entre 1 a 10 días. El 61,76% utilizan como terapia antirretroviral Abacavir/Lamivudina con Lopinavir/Ritonavir. El 39,71% presentan un tiempo de infección entre 1-12 meses. El 91,18% son dados de alta, un 8,82% de pacientes fallecen.

Conclusiones

El 91,18% de pacientes con Sida son dados de alta en buenas condiciones, un 8,82% fallecen durante la hospitalización, presentando una baja mortalidad dentro del Área de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Palabras claves

SIDA, HOSPITALIZACION, PATOLOGIAS, PREVALENCIA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

ABSTRACT

Objective

Assess the clinical management by hospitalization of patients diagnosed with AIDS in the Vicente Corral Moscoso Hospital in the period of June 2012 to June 2014.

Methods and materials

A study was performed by descriptive, quantitative, observational transverse cut type, carried out in the Hospital Vicente Corral Moscoso, based on 68 patients were hospitalized in the period of June 2012 to June 2014, reviewing their medical histories and applying the questionnaire proposed, being tabulated and analyzed in EpiInfo version 7 and Excel software

Results

The 73,53% of patients hospitalized with a diagnosis of AIDS is male , 39,71% have an average age between 31 to 40 years. The 51.47% are single. The 58.82% level of primary instruction. The 39.71% of the patients live in the saw. Regular nutritional status predominates in the 61.76%. The bacterium Mycobacterium tuberculosis is isolated in 10.29% of crops. The 69.12% have undetectable viral load. In relation to CD4 the 48.53% have less than 200 cells. Previous segmentation of most frequent income with a 52.9% is the syndrome of wear, the less frequent with 2.2% is major depression and autolytic attempt. The 30.88% have egress to enteritis diagnostic. The 45.59% remains hospitalized between 1 to 10 days. The 61.76% used as antiretroviral Abacavir/lamivudine therapy with Lopinavir/Ritonavir. The 39.71% presented infection between 1-12 months time. The 91.18% are discharged alive, a 8.82% of patients die.

Conclusions

The 91.18% of patients diagnosed with AIDS are discharged in good condition, a 8.82% die during hospitalization, presenting a low mortality rate in the Area of infectious diseases of the Hospital Vicente Corral Moscoso.

Keywords

AIDS, HOSPITALIZATION, PATHOLOGIES, PREVALENCE, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN-----	2
ABSTRACT -----	3
CAPITULO I -----	10
101.1 INTRODUCCION -----	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	11
1.3 JUSTIFICACION -----	12
CAPITULO II -----	14
2. MARCO TEORICO -----	14
CAPITULO III -----	28
3. OBJETIVOS -----	28
3.1 Objetivo general-----	28
3.2 Objetivos específicos -----	28
CAPITULO IV -----	29
4.METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION -----	29
4.1 Tipo de estudio -----	29
4.2 Area de estudio-----	29
4.3 Universo-----	29
4.4 Muestra-----	29
4.5 Criterios de inclusión-----	30
4.6 Criterios de exclusión -----	30
4.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES -----	30
4.8 Técnica de recolección de datos -----	33
4.9 Procesamiento de la información y análisis de datos -----	33
4.10 Formulario de recolección de datos.-----	34
4.11 Procedimientos para garantizar aspectos éticos. -----	34
CAPITULO V -----	35
5. RESULTADOS-----	35
CAPITULO VI -----	59
6.1 Discusión-----	59
CAPITULO VII -----	63



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
7.1 Conclusiones	63
7.2 Recomendaciones	65
CAPITULO VIII	66
8. Referencias Bibliográficas	66
CAPITULO IX	72
9. ANEXOS	72
9.1 Anexo 1: Formulario de Investigación	72
9.2 Anexo 2: Autorización	75



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

DERECHO DE AUTOR

Yo, María José Brito Vásconez, autora de la tesis “MANEJO HOSPITALARIO DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SIDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2014. CUENCA 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 8 de diciembre del 2015



María José Brito Vásconez
CL. 0106065568



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

RESPONSABILIDAD

Yo, María José Brito Vásquez, autor/a de la tesis “MANEJO HOSPITALARIO DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE SIDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2014. CUENCA 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 8 de diciembre del 2015



María José Brito Vásquez
CL. 0106065568



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios que guía mi vida y me tiene bajo su protección, luego a mis queridos maestros que a lo largo de mi vida estudiantil supieron forjar en mi persona la vocación de esta hermosa ciencia médica y de esta manera pude alcanzar mis metas y sueños.

Al Dr. Javier Ochoa Muñoz, mi querido director, que con su dedicación, paciencia y conocimientos me ha sabido guiar en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso por haberme dado la oportunidad, apertura y espacio físico para realizar este trabajo.

La autora



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, Enrique y Mónica, que con su amor, dedicación, trabajo y cuidado supieron guiarme a lo largo de la vida y hacer de mí la mujer que soy hoy en día.

A mi esposo Daniel y a mi hijo Pablito que con su espera y paciencia supieron comprender mis espacios de ausencia el momento de la realización de este trabajo y a lo largo de mi carrera.

Y a Monseñor Enrique Jhules, aquel buen hombre que forjo con sus enseñanzas mi vida y me bendice desde el cielo día a día, gracias Padre por tanto amor, te recordare siempre.

María José Brito Vásquez



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La infección por VIH está causando una creciente morbilidad y muertes en todo el mundo. En la actualidad el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 36 millones de vidas. En el 2012 había unos 35,3 millones de personas infectadas. En la actualidad estas cifras oscilan entre 32,2 y 38,8 millones. El VIH es una enfermedad cuya incidencia se ha incrementado en los últimos 10 años.

Los estudios sobre su fisiopatología han permitido administrar profilaxis para algunas infecciones oportunistas según el recuento de CD4 y carga viral para disminuir la frecuencia de infecciones graves que condicionen su internamiento hospitalario.⁽¹⁾

La batalla contra el VIH/SIDA no solamente se fundamenta en encontrar los medios que posibiliten su eventual cura; sino en una lucha constante en contra de ideas, tabúes, discriminaciones y estigmas, consiguiendo la inclusión de los pacientes en la sociedad y eliminando los problemas laborales, familiares, sociales que el desconocimiento de la patología produce.

Debido a los limitados presupuestos económicos de los países en vías de desarrollo, la situación es más crítica. La epidemia de SIDA aumenta la carga de los servicios clínicos, el elevado costo del tratamiento antirretroviral tiene el potencial de desviar los limitados recursos económicos del sector salud al grado de afectar la asignación de recursos y el financiamiento de otros programas prioritarios en salud, menoscabando a grupos vulnerables como madres y niños.⁽²⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según las estadísticas de Ecuador 2010, en el año 1984 se notificó el primer caso de VIH y hasta diciembre de 2009, se registraron 21.810 personas con VIH y/o SIDA, de las cuales se han reportado 4.970 personas fallecidas a causa de patologías asociadas con el síndrome. ⁽⁴⁾

El M.S.P estima que a finales del 2009 existen en el país más de 37.000 personas que viven con VIH, de las cuales el 42% aún desconoce su estado serológico ⁽²⁾.

Dentro de nuestro medio se observa un aumento en los problemas durante la hospitalización de pacientes con SIDA debido al incremento de casos en el año 2014, según estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso. En el año 2014 existieron 29 egresos, con un promedio de estadía de 15 días, con 7 defunciones, mostrando un aumento en la tasa de letalidad en comparación con el año 2013 al 24%. En 5 años desde el 2010 hasta el 2014 han existido 142 hospitalizaciones de pacientes con SIDA, con un promedio de 13 días de hospitalización, 17 defunciones, con una tasa global de letalidad del 14,6 %. ⁽³⁾

En el Hospital Vicente Corral Moscoso, en la actualidad se atienden en la Unidad de Infectología 447 pacientes con serología positiva para VIH que se encuentran en control y seguimiento, algunos de ellos se han hospitalizado por presentar SIDA o infecciones oportunistas. La gran mayoría de estos pacientes se encuentran recibiendo terapia antirretroviral, con excelente control de su enfermedad. Sin embargo, a pesar de que este es un tratamiento disponible de manera gratuita en nuestra política estatal para todos lo que lo necesitan, la mayoría de los infectados siguen siendo diagnosticados en estadios avanzados generándose hospitalizaciones o los mismos abandonan el tratamiento regresando cuando ya presentan infecciones oportunistas que ponen en riesgo su vida. ⁽³⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Esta investigación pretende dar respuesta de las siguientes preguntas directrices del estudio: ¿cuál es el género más afectado por la patología?, ¿cuál es la edad más frecuente de presentación?, ¿cuál es el estado civil predominante en los pacientes hospitalizados?, ¿cuál es la magnitud, según la procedencia de los pacientes?, ¿cuáles son los diagnósticos de ingreso más frecuentes en hospitalización de los pacientes con SIDA en la unidad de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso?, ¿cuál es el promedio, por días, de la estancia hospitalaria?, ¿cómo es el estado nutricional de estos pacientes?, ¿cómo se encuentran, la carga viral y el conteo de los CD4?, ¿cuáles son las comorbilidades que más se observan?, ¿cuál es la terapia antirretroviral más usada?, ¿qué antibiótico es usado con más frecuencia en hospitalización, en estos pacientes?, ¿cuál es el germen aislado más frecuentemente, en los cultivos de estos pacientes?, ¿cuál es la tasa de supervivencia en los pacientes con Sida atendidos por la unidad de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso?.

1.3JUSTIFICACION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la infección por VIH permanece como uno de los mayores problemas de la humanidad, incrementando la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos etáreos, sin distinción de sexo, edad o condición socioeconómica. Este problema de salud pública requiere acciones urgentes al respecto, ya que de lo contrario en unos pocos años se habrá consolidado como una epidemia muy difícil de contener.⁽¹⁾

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida representa una enorme carga tanto para el individuo, para su familia y para la sociedad, por los costos, la discriminación y los estigmas sociales.⁽²⁾

La proporción de pacientes con VIH/SIDA en el Ecuador sigue intensificándose según datos del INEC, 2010.⁽⁴⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

En nuestro país no se cuentan con estudios acerca de la hospitalización de los pacientes con SIDA, motivo por el cual mediante la presente investigación se busca brindar dicha información, así como la terapéutica más frecuentes, las comorbilidades asociadas, el tiempo de estadía en hospitalización, los antibióticos, antirretrovirales y otros medicamentos que son utilizados con mayor frecuencia.

La presente investigación tiene relevancia social porque dará a conocer variables sobre el tratamiento hospitalario del paciente con SIDA ,sociales, clínicas, epidemiológicas, farmacológicas de los pacientes con SIDA a quienes pretende beneficiar con los resultados, así mismo, a los estudiantes y médicos que pueden servirse de los datos obtenidos.

Este estudio será difundido a través de su publicación en medios físicos y soportes digitales y se dará a conocer a estudiantes y docentes universitarios para el mejor manejo de los pacientes.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

Antecedentes históricos: El VIH/SIDA es una enfermedad relativamente nueva. En junio de 1981 el Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos anuncio la aparición de dos diagnósticos poco comunes, en varones jóvenes homosexuales antes sanos con mucha frecuencia como la neumonía por *Pneumocystis Carinii* y Sarcoma de Kaposi. Se pensaba en una nueva enfermedad que debilitaba el sistema de defensas y que posiblemente se transmitía durante las relaciones sexuales. ⁽⁵⁾

En 1984 se descubrió que el agente causal era un virus que afectaba el sistema inmunológico del organismo, volviéndolo incapaz de actuar contra las infecciones y otras enfermedades y en 1985 se encontró que drogadictos de sustancias intravenosas y usuarios de bancos de sangre desarrollaban síntomas compatibles con la enfermedad. Se estableció entonces su relación con la transmisión a través de la sangre a más de los actos sexuales. ⁽⁵⁾

En 1986 el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus, recomendó denominar “Virus de Inmunodeficiencia Humana” que anteriormente se había llamado “Virus Asociado con Linfadenopatía”. ⁽⁵⁾

Definición: La O.M.S define al VIH como el virus de la inmunodeficiencia humana que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. ⁽¹⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmune, exponiendo a la persona a contraer infecciones y diferentes tipos de cáncer. ⁽⁷⁾

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH (menos de 200 CD4) y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o neoplasias relacionadas con el VIH ⁽⁶⁾:

- Infección por citomegalovirus (retinitis diseminada).
- Linfoma primario de cerebro.
- Polineuropatía sensorial asociada a HIV-1.
- Meningitis aséptica asociada a HIV-1.
- Neumonía por pneumocistis carinii.
- Herpes simple crónico o diseminado.
- Toxoplasmosis (sobretudo cerebral).
- Histoplasmosis y Coccidioidomicosis diseminada.
- Cryptosporidiasis que no se autolimita.
- Microsporidiasis.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Micobacteriosis atípica diseminada.
- Síndrome de desgaste general.
- Demencia asociada a SIDA.
- Neumonía intersticial linfóide (menores de 13 años).
- Tuberculosis (sobretudo extrapulmonar).
- Meningitis por Cryptococcus neoformans.
- Isosporiasis crónica intestinal.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Cáncer cervical invasor.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

- Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar.
- Sepsis recurrente por salmonellas no tify. ⁽⁶⁾

Infecciones oportunistas: Se presentan cuando el sistema inmune del paciente está debilitado. La mayoría de estas infecciones ocurren cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm³. Constituyen la causa más común de hospitalización y muerte en personas con VIH / SIDA. ^(6,7)

Existen muchos tipos de infecciones oportunistas entre ellas:

- ❖ **Por bacterias:** La tuberculosis y el complejo MAC (*Mycobacterium avium* complex).
- ❖ **Por virus:** Infección por citomegalovirus (CMV) y la hepatitis C.
- ❖ **Por hongos:** Candidiasis, meningitis criptocócica, neumonía por *Pneumocystis Carinii* (PCP) e histoplasmosis.
- ❖ **Por parásitos:** Criptosporidiosis y toxoplasmosis. ⁽⁷⁾

En Colombia, la principal causa de hospitalización por infecciones oportunistas son las neurológicas: encefalitis por *Toxoplasma gondii*, criptococosis meníngea y tuberculosis meníngea. La supervivencia en los pacientes con toxoplasmosis cerebral fue del 50% mientras que para aquellos con criptococosis meníngea fue del 37%. ⁽⁸⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

SIDA y género: Los más afectados son los hombres en una proporción de 4 a 1 en relación con las mujeres.^(17, 21,30)

En estudios realizados en América Latina tenemos que en Colombia el sexo predominante es el masculino con un 72.5%⁽²⁰⁾, en Argentina corresponde al 81%⁽¹⁵⁾ y en Venezuela 73.8%.⁽¹⁹⁾

SIDA y edad: Según edad, las investigaciones señalan que los jóvenes y adultos jóvenes de edades entre 20 a 39 años, son los que más presentan SIDA, debido a que es la edad reproductiva^(5, 11,21), según estudios realizados encontramos que en Colombia la edad promedio de ingreso para hospitalizaciones es de 33 a 34 años⁽²⁰⁾, en Paraguay 39 años⁽³²⁾, en Argentina 35 años⁽¹⁵⁾ y en Venezuela de 39.7 años.⁽¹⁹⁾

Células CD4: Son un tipo de linfocito que forman parte importante del sistema inmune. Hay dos tipos principales de células CD4: Las células T-4 o CD4 son las células que dirigen el ataque contra las infecciones y las células T-8 o CD8 son las células supresoras o las que finalizan una respuesta inmunológica, matando a células cancerosas y a células infectadas.⁽⁸⁾

El VIH infecta a menudo las células CD4. El código genético del virus se incorpora en estas células. Cuando las células CD4 se multiplican para combatir infecciones, hacen más copias del VIH.⁽⁸⁾

Existen millones de familias diferentes de células CD4, cada una está diseñada para combatir a un tipo específico de germen. Cuando el VIH disminuye el número de células CD4, algunas de esas familias pueden desaparecer, perdiendo la capacidad de combatir algunos de los microorganismos.⁽⁸⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

El recuento normal de CD4 es generalmente entre 500 y 1600 células por milímetro cúbico. Algunos laboratorios prefieren analizar el porcentaje de células CD4 debido a que es más estable que el número de células CD4. El rango normal es entre 30% y 60%. Un porcentaje de CD4 debajo de 14% es una definición de SIDA. La investigación indica un enlace entre los recuentos de CD4 más bajos y el riesgo de la muerte. ⁽⁹⁾

El recuento de células CD4 se usa junto con la carga viral, para estimar cuánto tiempo alguien se mantendrá saludable. El recuento de células CD4 también se usa para determinar cuándo iniciar tratamiento con medicamentos para prevenir enfermedades oportunistas. ^(8,9)

En países de América Latina, como Colombia, obtuvimos que el 93% de pacientes tiene menos de 200 células CD4 /mm³ ⁽²⁰⁾ y en Argentina 86 células CD4/mm³. ⁽¹⁵⁾

Carga viral

Las pruebas de carga viral calculan la cantidad de VIH en una pequeña gota de material genético. Lo que se mide es denominado ARN del VIH. Se mide la carga viral para monitorear la enfermedad del VIH y qué tan eficaz está siendo la terapia. Cuando los niveles del VIH disminuyen, es una señal de que los antirretrovirales están funcionando adecuadamente. Cuando aumentan, el régimen puede ya no estar funcionando y es probable que los recuentos de CD4 disminuyan. También deben hacerse una prueba a las 3 o 4 semanas de iniciar o cambiar una terapia. ⁽¹⁰⁾

Se cree que la carga viral es algo diferente en las mujeres que en los hombres, aunque todavía existen algunos debates sobre esto. Las mujeres podrían tener “naturalmente” cargas virales más bajas que los hombres, especialmente en los comienzos de la infección



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

del VIH. Sin embargo, en las mujeres una carga viral por encima de 60,000, o aun de 30,000, podría indicar un nivel del VIH “alto” para ellas. ⁽¹⁰⁾

Las personas con cargas virales “indetectables” deben recordar que esto no quiere decir que el VIH haya desaparecido, simplemente es que está presente en cantidades muy pequeñas para poder ser detectadas por la prueba. ⁽¹⁰⁾

Los niveles altos del VIH suelen estar relacionados con niveles bajos de recuentos de CD4 y las disminuciones más rápidas en dichos recuentos con un avance más rápido de la enfermedad. Las personas con niveles del VIH por encima de 100.000 son 10 veces más propensas a desarrollar el SIDA durante los siguientes 5 años que las que tienen un nivel inferior a 100.000. ⁽¹¹⁾

Las personas con niveles constantes del VIH, por debajo de 10.000, parecen tener un menor riesgo de avance de la enfermedad. ⁽¹¹⁾

Una carga viral que no cambie significativamente después de iniciarse la terapia es una señal de que dicha terapia no está funcionando. ⁽¹¹⁾

La carga viral se mide únicamente en la sangre. La mayoría de las veces existe una fuerte relación entre los niveles del VIH en la sangre y en otros fluidos corporales como el semen y las secreciones vaginales. ⁽¹¹⁾

Carga viral alta = Entre 100.000 y un millón.

Carga viral baja = Por debajo de 10.000.

Indetectable = Por debajo de 50, es el objetivo de la terapia anti-VIH. ^(10,11)



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Ciclo del VIH

1. El VIH circula en la sangre.
2. El VIH se une a una célula.
3. El VIH vacía su contenido dentro de la célula.
4. El material genético (ARN) del VIH se usa por la enzima, transcriptasa reversa para construir ADN del VIH.
5. El ADN del VIH se inserta en el cromosoma de la célula infectada por la enzima integrasa del VIH. Esto establece la infección de la célula por el VIH.
6. Cuando la célula infectada se multiplica, activa el ADN del VIH que produce la materia prima para formar nuevos virus del VIH.
7. Los paquetes de materia prima para formar un virus nuevo se juntan y salen de la célula infectada.
8. Los virus inmaduros empujan afuera de la célula infectada. Esto se llama “brotar.”
9. Los virus inmaduros salen de la célula infectada.
10. Los virus nuevos maduran: la materia prima se corta por medio de la enzima, proteasa, y el material se junta en un virus ya completo.⁽¹²⁾

Terapia antirretroviral

Estos medicamentos no curan las infecciones por VIH/SIDA. Las personas que toman estas medicinas pueden transmitir el VIH a otras personas a través de las relaciones sexuales sin protección y de agujas compartidas.⁽¹³⁾

Existen cinco clases principales de medicamentos:



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Inhibidores de la transcriptasareversa: Impiden que el virus multiplique copias de sí mismo. La primera clase de medicamentos contra el VIH fueron los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. Estas drogas bloquean la etapa 4, en que el material genético del VIH es convertido de ARN en ADN. Los medicamentos de esta clase son: Zidovudina, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Abacavir, Tenofovir, Emtricitabina.⁽¹³⁾

Inhibidores de la proteasa: Interfieren con una proteína que usa el VIH para producir partículas virales infecciosas. Bloquean la etapa 10, en que la materia prima para el VIH es cortado en pedazos específicos. Se utilizan: Saquinavir, Indinavir, Ritonavir, Nelfinavir, Amprenavir, Lopinavir, Atazanavir, Fosamprenavir, Tipranavir, Darunavir.^(12,13)

Inhibidores de fusión o inhibidores de la entrada: Bloquean la entrada del virus a las células del cuerpo (etapa 2), en que el virus se une a una célula. Dos medicamentos de este tipo han sido aprobados: Enfuvirtida y Maraviroc.^(12,13)

Inhibidores de integrasa: Bloquean la integrasa, una enzima que necesita el VIH para multiplicarse, previenen al VIH de insertar su código genético con el código de la célula humana en etapa 5 del ciclo de vida. Los ARV de este tipo son: Raltegravir, Elvitegravir, Dolutegravir.^(12,13)

Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, o NNRTIs, también bloquean etapa 4, pero en otra forma. Han sido aceptados: Nevirapina, Delavirdina, Efavirenz, Etravirina, Rilpivirina.^(12,13)



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Los medicamentos antirretrovirales se escogen considerando pautas de tratamiento, resistencia a drogas, la salud de la persona (enfermedad renal o hepática) y estilo de vida. Son usualmente bien tolerados pero pueden tener efectos secundarios serios. ^(12,13) En Argentina los antirretrovirales más utilizados según estudios realizados son: Lamivudina, Zidovudina, Lopinavir, Ritonavir. ⁽¹⁵⁾

Combinaciones de varios medicamentos: Contienen dos o más medicamentos pertenecientes a una o más clases, generalmente de tres medicamentos. La terapia combinada previene la resistencia viral. ⁽¹⁴⁾

Resistencia a los medicamentos

Cuando el VIH se multiplica, muchas copias nuevas tienen mutaciones: son ligeramente diferentes del virus original. Algunos virus mutantes pueden continuar multiplicándose mientras tomas un medicamento contra el VIH. Cuando esto pasa, el virus puede desarrollar resistencia al medicamento y la terapia antirretroviral no puede dejar de funcionar. ⁽¹⁵⁾

Si se toma solamente uno o dos medicamentos ARV, el virus puede desarrollar la resistencia fácilmente. Por esto, usar solamente uno o dos medicamentos no se recomienda. Pero si se toman dos o tres medicamentos, un mutante exitoso tendría que escaparse de todos los medicamentos a la vez. Si se toman terapia combinada toma mucho más tiempo para que el virus desarrolle resistencia. ⁽¹⁵⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

El abandono de tratamiento genera caída en la inmunidad del paciente y constante réplica del virus, permitiendo enfermedades oportunistas que generan la hospitalización por prolongados períodos.^(16,17)

SIDA y procedencia: Entre 2005 y 2010 se observó una tendencia al incremento de casos de VIH y de SIDA –de 1.070 casos de VIH y 474 de SIDA en 2005 a 3.966 y 1.301 en 2010, respectivamente. La mortalidad asociada al SIDA se ha estabilizado desde 2005 en alrededor de 700 fallecimientos anuales (20). En 2010 se notificaron 213 casos de VIH en niños menores de 15 años. La epidemia de VIH en Ecuador se considera concentrada principalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres. En mujeres embarazadas la prevalencia de VIH en 2010 fue de 0,17%. Las provincias de la Costa son las más afectadas (con 74% de los casos de VIH y SIDA). El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en las unidades del Ministerio de Salud ha ascendido de 2.532 en 2007 a 6.765 en 2010.⁽¹⁴⁾

Nivel de instrucción y SIDA: Según investigaciones, la mayoría de pacientes afectados por SIDA presentan bajos niveles de instrucción, entre secundario y primario. Un porcentaje bajo es para los de niveles superiores.^(15,31)

Diagnósticos de ingreso: En Argentina, los diagnósticos de ingreso más frecuentes son: candidiasis orofaríngea y esofágica; tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis cerebral, meningitis por criptococo y diarrea crónica.⁽¹⁵⁾

En Venezuela, los diagnósticos de ingreso más frecuentes son: síndrome de desgaste general en un 48.6%, neumonía bacteriana 35.7%, candidiasis orofaríngea y esofágica en un 28.7%, enfermedades gastrointestinales en un 16.7%, nefropatía por VIH 14.3% y herpes Zoster.⁽¹⁹⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

En México, la hospitalización de pacientes con SIDA, es un su mayoría por dolor abdominal agudo, necesitando algunos, cirugía electiva o urgente. La colecistitis alitiásica es la responsable de la gran mayoría de laparotomías diagnósticas o colecistectomías.⁽¹⁷⁾

En España, los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes son: la patología respiratoria con un 32% y las enfermedades defintorias de SIDA con un 22%, de las cuales: la tuberculosis, en sus múltiples formas, es la más frecuente. Un 10% fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos. La mortalidad es del 11% por año, siendo las causas más comunes: el sarcoma de Kaposi, neumonía y tuberculosis⁽¹⁶⁾.

En Venezuela, un estudio, determinó, un promedio de ingresos mensuales de 4,4 casos de infección por VIH.⁽¹⁹⁾

Un estudio en Colombia indica que la mayoría de los pacientes con SIDA son hospitalizados por varias ocasiones, con un promedio de 15 a 98 días. Las causas más frecuentes son: candidiasis, neumonía bacteriana, tuberculosis pulmonar, anemia, sepsis, infección de vías urinarias, criptocosis meníngea, enfermedad diarreica aguda, desnutrición, deshidratación, enfermedades hepáticas, bronquitis, dermatitis y enfermedad ácido-péptica. Entre las principales causas de fallecimientos están: la sepsis, la candidiasis, la tuberculosis, infecciones del tracto urinario, neumonía por P. carinii, anemia, toxoplasmosis, meningitis bacteriana y linfoma. El tiempo de sobrevida es de 0 a 6 años en promedio⁽²⁰⁾.

En Venezuela, la hospitalización es más por fiebre y pérdida de peso asociados con el síndrome diarreico agudo. El aparato digestivo y el sistema nervioso central son los sistemas más afectados. La infección urinaria, candidiasis orofaríngea y parasitosis intestinal son las infecciones asociadas más frecuentes. La tasa de letalidad anual es de 13,2% con un total de 7 defunciones⁽¹⁹⁾.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

En Sudáfrica, en la clínica de SIDA de Rustenburg, los pacientes presentaron enfermedades oportunistas: tuberculosis pulmonar (63.1%), tuberculosis extrapulmonar (1,5%), candidiasis esofágica (3.9%), sarcoma de Kaposi (0.9%), pneumocistis (0.8%), meningitis criptocócica (0.7%), síndrome de desgaste general (0.6%), encefalopatía por VIH (0.4%), retinitis por citomegalovirus (0.2%), neumonía recurrente (0.1%). La mortalidad por enfermedad oportunista fue de 10.7%, siendo la más elevada en los casos de síndrome de desgaste general con un 40,7%, sarcoma de Kaposi 30.8% y meningitis criptocócica con un 30%.⁽²²⁾

En el Instituto Pedro Kouri de Cuba, se determinó que la orientación sexual de la persona no se relaciona con el riesgo del debut. El 50.8% era homosexual, los restantes se distribuyeron en igual cantidad entre heterosexuales y bisexuales. El índice de letalidad fue del 27%. El tiempo medio entre el diagnóstico y la muerte fue de 1 mes, aunque 58,8 % murió antes de cumplirse 30 días del diagnóstico. La más frecuente de las patologías fue el síndrome de desgaste general (25%), seguido de la candidiasis esofágica (15,9%) y la neurotoxoplasmosis (8,3%). Las enfermedades oncológicas (6.8%) estuvieron representadas por el linfoma no Hodking y el sarcoma de Kaposi⁽²¹⁾.

Comorbilidades: El manejo de los pacientes con SIDA, es complicado por la presencia de comorbilidades más comunes en los pacientes de mayor edad, con mal estado general y nutricional. En Colombia dentro de un estudio realizados se obtuvo que las principales diagnósticos de alta eran afecciones de SNC, como Toxoplasmosis 56.5%, criptococosis meníngea 38.9%, tuberculosis meníngea 4.6%⁽²⁰⁾. En Venezuela un 48.6% de pacientes hospitalizados con SIDA presentaban síndrome de desgaste, en neumonía bacteriana en un 35.7%, en candidiasis orofaríngea y esofágica 16.7%, enfermedad gastrointestinales 16.7%.⁽¹⁹⁾

Enfermedad cardiovascular: La edad se asoció también a un factor independiente de riesgo cardiovascular en los pacientes con infección por HIV. En el estudio Data Collection on Adverse Effects of Anti HIV Drugs, la incidencia de infarto de miocardio aumentó con la exposición a terapia antirretroviral.⁽³¹⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Enfermedad renal: En las cohortes de pacientes HIV positivos, la edad fue asociada con la alteración de la función renal y mayor riesgo de insuficiencia renal. ⁽³¹⁾

Enfermedad ósea: La edad ha sido asociada con la ocurrencia de enfermedad ósea en los pacientes infectados con HIV, especialmente con disminución de la densidad mineral ósea y mayor riesgo de fracturas. En el estudio National Health and Nutrition Examination Study III (NHANES III) se encontró que el 61.5% de los pacientes infectados con HIV tenía densidad mineral ósea baja basal. ⁽³¹⁾

Estado nutricional: Entre los factores que contribuyen con la desnutrición durante la estancia hospitalaria, están: la fiebre, el vómito y diarrea, lo que causa anorexia. ^(23, 24,28)

La malnutrición es una complicación importante de la infección por HIV. Se encuentra relacionada con varios factores, la mayoría por la presencia de infecciones por gérmenes oportunistas. Las complicaciones infecciosas causan alteraciones metabólicas y originan también una disminución de la ingesta de nutrientes y asimilación de los mismos. En pacientes estables, la pérdida de peso es un indicador sensible de la presencia de complicaciones infecciosas. ^(23, 24,28)

En los pacientes que presentan malnutrición avanzada, el empleo de nutrición parenteral puede conseguir ganancia de peso en comparación con otras intervenciones. En comparación del soporte enteral con el parenteral se observa que hay mayor ganancia de peso con la nutrición parenteral, si bien a expensas de la masa grasa. La calidad de vida, por el contrario, se encontraba afectada desfavorablemente por el soporte parenteral. ^(25,26, 29)

Correspondiente a apariencia general, dentro de los diferentes estudios se observamos que en Argentina los pacientes presentan estado regular, con un IMC de 18.8 ± 4.8 kg/m². ⁽¹⁵⁾

Estadía hospitalaria: La estancia mediana de los pacientes con diagnóstico de SIDA es de 15 días. En Venezuela en el año 2011 se realiza un estudio en el Hospital de Caracas que reporta que el ingreso por SIDA representó la cuarta causa de hospitalización. El



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

promedio de hospitalización fue de 16-18 días⁽¹⁹⁾ y en Paraguay según estudio existe un promedio de 8 días de hospitalización.⁽³²⁾

Mortalidad: La mortalidad global encontrada es de 10%, 8 hombres y 2 mujeres.⁽³¹⁾. Según estudios realizados en Colombia obtuvimos que existe una supervivencia del 50% en pacientes con afecciones a nivel de SNC⁽²⁰⁾, en Argentina a mortalidad promedio es del 24%⁽¹⁵⁾, en Paraguay 44% de mortalidad.⁽³²⁾



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar el manejo clínico hospitalario de pacientes con SIDA en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período junio de 2012 a junio 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Establecer las características del paciente hospitalizado con diagnóstico de SIDA según variables sociales: edad, estado civil, instrucción, procedencia.
- Determinar las características clínicas más frecuentes como: motivo de consulta, tiempo de hospitalización, estado nutricional, niveles de carga viral, CD4, tiempo de infección.
- Determinar esquemas farmacológicos más frecuentes: antirretrovirales, antibioticoterapia y otros medicamentos utilizados durante la hospitalización de pacientes con SIDA.
- Definir la comorbilidad
- más frecuente: causal de hospitalización, germen aislado y cultivos en los pacientes con SIDA.
- Establecer la tasa de supervivencia y la condición. de pacientes que han sido hospitalizados.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo observacional descriptivo, cuantitativo, de corte transversal en el que se establecerán frecuencias de las variables de tipo social, clínico, farmacológico en los pacientes con SIDA.

4.2 Área de estudio

El estudio aborda uno de los temas más complejos de la salud pública, como es el SIDA y a la especialidad de la Infectología. La presente investigación se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso, una institución de salud de tercer nivel ubicado en la Av. 12 de Abril y Paraíso que brindan sus servicios a la provincia del Azuay y provincias aledañas.

4.3 Universo

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes con SIDA que fueron ingresados, por consulta externa o emergencia, en la Unidad de Infectología, en el período de junio del 2012 a junio del 2014, que según las estadísticas del hospital Vicente Corral Moscoso son 68 pacientes.

4.4 Muestra

Se trabajó con todo el universo, 68 pacientes con SIDA que fueron hospitalizados en el período de estudio.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

4.5 Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de SIDA que han sido hospitalizados en la Unidad de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de junio de 2012 a junio de 2014.

4.6 Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas de pacientes con diagnóstico de SIDA, que han sido hospitalizados en la Unidad de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de junio de 2012 a junio de 2014.

4.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de la recolección de datos.	Tiempo	Años cumplidos	11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años
Estado civil	Estado legal de un persona provenientes del matrimonio, unión libre o parentesco, que establece derechos y deberes.	Estado legal	Estado legal	- Soltero - Casado - Divorciado - Unión libre - Viudo
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Biológica	Fenotipo Genotipo	- Femenino - Masculino
				- Ninguna



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Instrucción	Nivel de escolaridad que tiene una persona	Académica	Niveles de escolaridad	- Primaria - Secundaria - Superior
Procedencia	Ubicación geográfica de donde proviene alguien.	Ubicación geográfica	Lugar	- Costa - Sierra - Oriente - Extranjero
Diagnóstico de ingreso	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al médico.	Diagnóstico establecido	Clínica del paciente Exámenes complementarios	Cualitativo
Tiempo de hospitalización	Período de tiempo que el paciente permanece ingresado en hospitalización.	Tiempo establecido en días.	Días hospitalizado	1-10 11-20 21-30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 Más de 60 días
Estado nutricional	Relación entre el peso y la talla de una persona	Orgánica	Cualitativo	- Bueno - Malo - Regular
CD4+	Linfocitos unidos a una proteína que se encuentra en la superficie que atrae al VIH.	Por laboratorio	Número de CD4 cuantificado	Menor a 200 200 – 350 351 – 450 Mayor a 450



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Carga viral	Cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales	Por laboratorio	Numero de carga viral determinada	Indetectable(<50) Baja (51-10000) Media (10000-100000) Alta (100000-1000000)
Infección oportunista o comorbilidad de egreso	Enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no afecta a las personas con un sistema inmune sano	Clínica Exámenes complementarios	Clínica definida como patología	Cualitativo
Terapia antirretroviral	Medicamentos específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como VIH/SIDA	Compuesto químico	Tipo de terapia establecida según CD4	Lamivudina, Efavirenz, Zidovudina Emzitrabina Abacavir Tenofovir Etrabirina Lopinavir Ritonavir Atazanavir Darunavir Raltegravir
Antibiótico	Sustancia química que destruye microorganismos, especialmente bacterias	Composición	Tipo de antibiótico establecido según patología	Betalactámicos Cefalosporinas Carbapenemas Inhibidores de betalactamasas Macrólidos Aminoglucósido Quinolonas sulfonamidas
Medicamentos coadyuvantes	Sustancia medicinal y asociaciones o combinaciones con propiedades para prevenir,	composición	Tipo de fármaco establecido según	Protectores gástricos Antianémicos



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

	diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades		patología	Analgésicos Antiparasitarios Lactobacilos Terapia antituberculosa Antieméticos Broncodilatadores Corticoides
Germen aislado	Patógeno que afecta a un sistema inmune afectado	Características biológicas	Tipo de germen aislado en cultivo	Cualitativo
Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.	SV ausentes	Fallecimientos relacionados con SIDA y pacientes dados de alta vivos	Númérico
Tiempo de infección con VIH	Tiempo que el paciente ha vivido con esta patología	Meses	Tiempo de conocimiento de poseer patología	numérico

Fuente: María José Brito Vásconez.

4.8 Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se la realizó en el área de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso. Se recopilaron las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados en el área de Infectología y tenían diagnóstico de SIDA, en el periodo de junio del 2012 a junio 2014. Se recolectó la información sobre: sexo, edad, instrucción, procedencia, diagnóstico de ingreso, tiempo de hospitalización, estado nutricional, carga viral, CD4, tiempo de infección, comorbilidad presente, terapia antirretroviral, antibióticos y medicamentos usados durante la hospitalización, tiempo de supervivencia, germen aislado (en el caso de cultivos), condición.

4.9 Procesamiento de la información y análisis de datos

Los datos obtenidos en la investigación fueron tabulados en el paquete estadístico EPI INFO versión 7, en el cual se calcularon frecuencias, distribuciones y se establecieron



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficos. Las imágenes se realizaron en el programa Excel última versión.

4.10 Formulario de recolección de datos.

Se utilizó un formulario creado por la autora en el que se incluyeron todas las variables propuestas en el estudio, comprobándose su validez para la recolección de la información (anexo).

4.11 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.

Toda la información recolectada en las encuesta es de absoluta confidencialidad de manera que se utilizaron los datos correspondientes solo para el presente trabajo, que se faculta a quien crea conveniente verificar la información. La investigación fue aprobada por un comité de expertos en la materia para asegurar todos los aspectos éticos que la investigación conlleva.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

ESTADISTICA DEL ESTUDIO

Tabla No 1

Distribución de los pacientes según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	18	26,47%
Masculino	50	73,53%
Total	68	100,00%

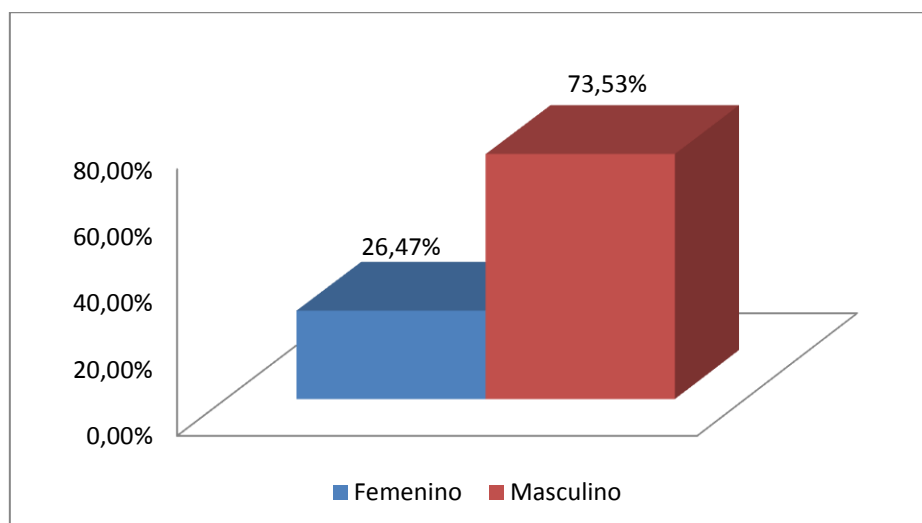
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En la presente tabla, se observa la distribución de los 68 pacientes del estudio según sexo. El 26,47% (18 pacientes) corresponde al sexo femenino y 73,53% (50 pacientes) al sexo masculino.

Gráfico No 1

Distribución de los pacientes según sexo



Fuente: Tabla No. 1

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

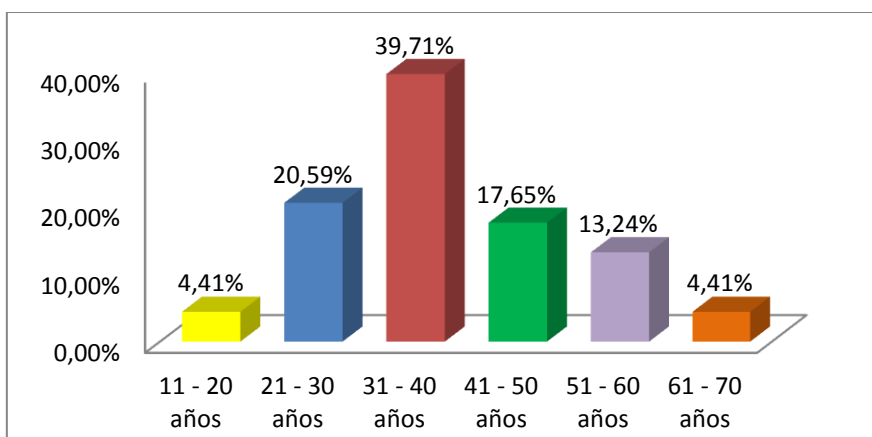
Tabla No 2
Distribución de los pacientes según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11 - 20 años	3	4,41%
21 - 30 años	14	20,59%
31 - 40 años	27	39,71%
41 - 50 años	12	17,65%
51 - 60 años	9	13,24%
61 - 70 años	3	4,41%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En la tabla No 2, tenemos la distribución de los 68 pacientes del estudio según edad por rango. El 4,41% (3 pacientes) corresponde al rango de 11 a 20 años, el 20,59% (14 pacientes) corresponden al rango de 21 a 30 años, el 39,71% (27 pacientes) pertenecen al rango de 31 a 40 años, el 17,65% (12 pacientes) son del rango de 41 a 50 años y un 4,41% (3 pacientes) pertenecen al rango de 61 a 70 años.

Gráfico No 2
Distribución de los pacientes según edad



Fuente: Tabla No 2.
Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 3
Distribución de los pacientes según estado civil

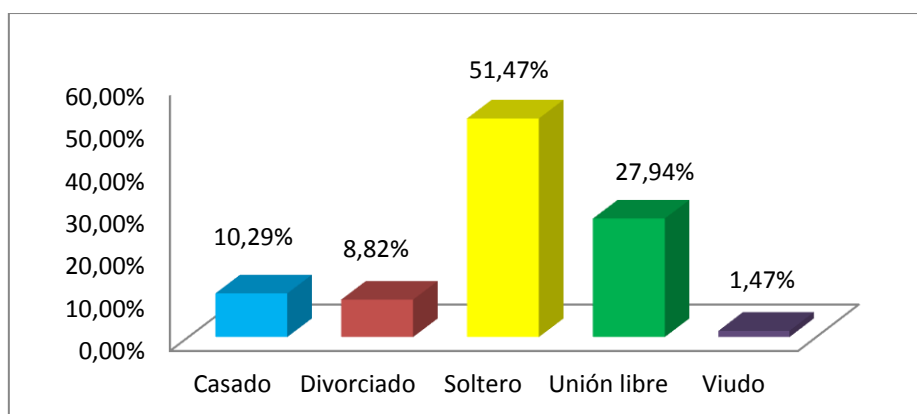
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	7	10,29%
Divorciado	6	8,82%
Soltero	35	51,47%
Unión libre	19	27,94%
Viudo	1	1,47%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En la tabla No 4, se presenta la distribución de los 68 pacientes del estudio según estado civil. El 10,29% (7 pacientes) son casados, el 8,82% (6 pacientes) son divorciados, el 51,47% (35 pacientes) son solteros, el 27,94% (19 pacientes) son unidos libres y el 1,47% (1 paciente) es viudo.

Gráfico No 3
Distribución de los pacientes según estado civil



Fuente: Tabla No 3.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 4

Distribución de los pacientes según instrucción

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	40	58,82%
Secundaria	23	33,82%
Superior	5	7,35%
Total	68	100,00%

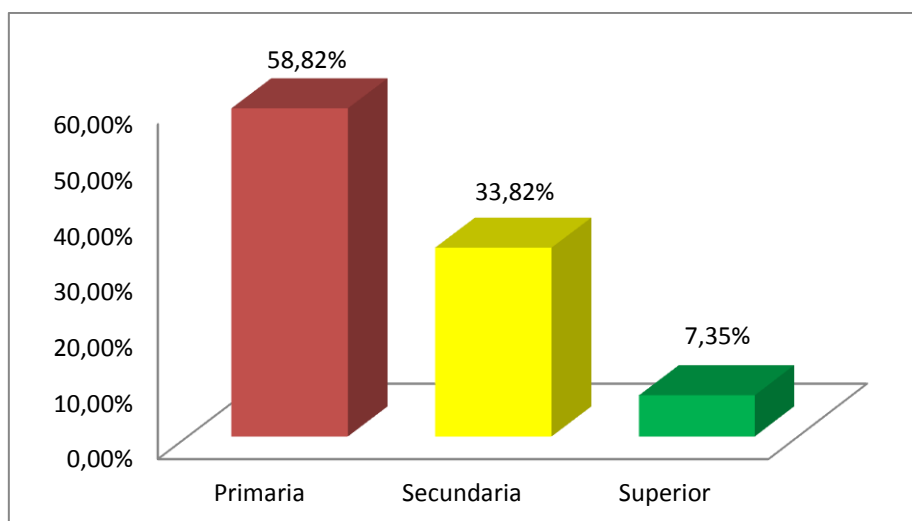
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, se expone la distribución de los 68 pacientes del estudio según nivel de instrucción. El 58,82% (40 pacientes) tienen un nivel primario, el 33,82% (23 pacientes) tienen nivel secundario y 7,35% (5 pacientes) presentan instrucción superior.

Gráfico No 4

Distribución de los pacientes según instrucción



Fuente: Tabla No 4.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 5
Distribución de los pacientes según procedencia

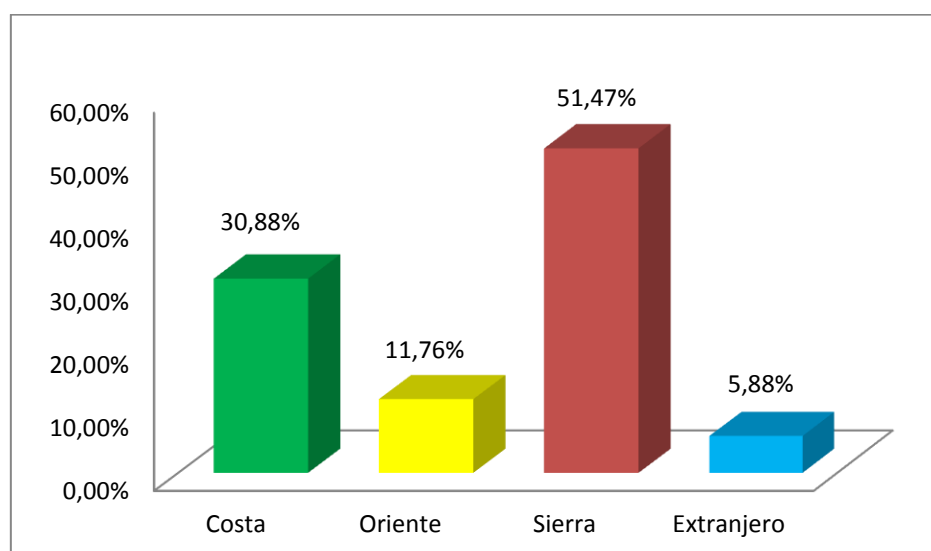
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Costa	21	30,88%
Oriente	8	11,76%
Sierra	35	51,47%
Extranjero	4	5,88%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásconez.

Análisis: En la presente tabla, se observa la distribución de los 68 pacientes del estudio según procedencia. El 30,88% (21 pacientes) provienen de la costa, el 11,76% son del oriente, el 51,47% (35 pacientes) provienen de la sierra y el 5,88% (4 pacientes) son extranjeros (Perú).

Gráfico No 5
Distribución de los pacientes según procedencia



Fuente: Tabla No 5.

Elaboración: María José Brito Vásconez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 6

Distribución de los pacientes según estado nutricional

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	5	7,35%
Regular	42	61,76%
Malo	21	30,88%
Total	68	100,00%

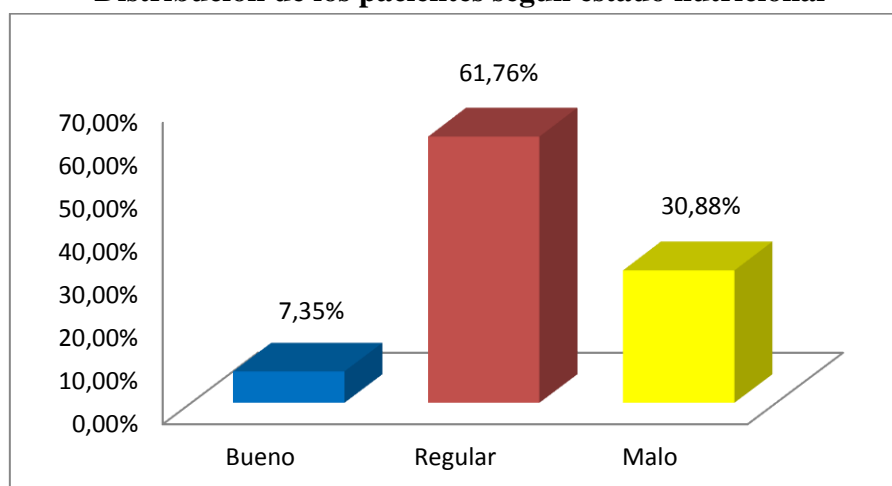
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, se observa la distribución de los 68 pacientes del estudio según estado nutricional. El 7,35% (5 pacientes) tienen un estado nutricional bueno, el 61,76% (42 pacientes) tienen regular estado nutricional y 30,88% (21 pacientes) presentan un estado nutricional malo.

Gráfico No 6

Distribución de los pacientes según estado nutricional



Fuente: Tabla No 6.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 7
Distribución de los pacientes según diagnóstico de ingreso

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome de desgaste general	36	52,9%
Enteritis	13	19,1%
Síndrome febril	9	13,2%
Síndrome diarreico crónico	9	13,2%
NAC	6	8,8%
Tuberculosis	6	8,8%
Toxoplasmosis	4	5,8%
Síndrome convulsivo	3	4,4%
Dermatitis	3	4,4%
ITU	3	4,4%
Tumores	3	4,4%
Intento autolítico	2	2,2%
Depresión mayor	2	2,2%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: María José Brito Vásquez.

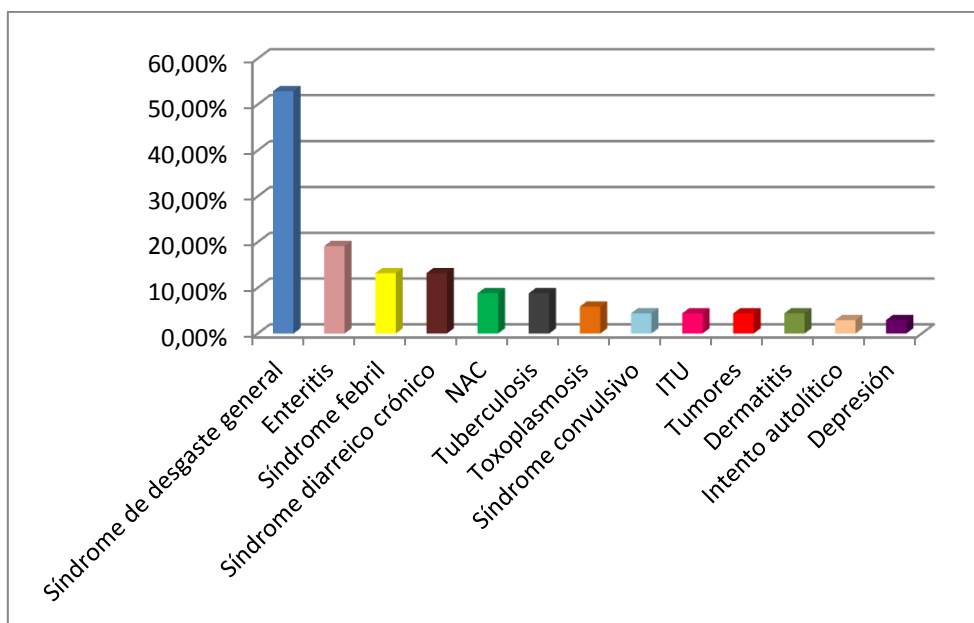
Análisis: En esta tabla observamos el diagnóstico de ingreso de nuestros pacientes. La gran mayoría presenta pluripatologías producto de la inmunodeficiencia, en el campo orgánico lo que repercute en la esfera psicológica. Las patologías que se diagnostican con mayor frecuencia en el momento del ingreso son: síndrome de desgaste general en un 52,9%; enteritis en un 19,11%; síndrome febril en un 13,2%; síndrome diarreico crónico en un 13,2%; NAC en un 8,8%; tuberculosis en sus formas, en un 8,8%; toxoplasmosis en un 5,88%; síndrome convulsivo en un 4,41%; dermatitis en un 4,41%, ITU en un 4,41%, tumores en un 4,41%, intento autolítico en un 2,94%, depresión mayor en un 2,94%



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 7

Distribución de los pacientes según diagnóstico de ingreso



Fuente: Tabla No 7.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 8

Distribución de los pacientes según comorbilidad al momento del egreso

Comorbilidad	Porcentaje
Enteritis	30,88%
Síndrome de desgaste general	26,4%
Síndrome anémico	23,5%
Tuberculosis	20,58%
Neumocistosis	17,64%
Candidiasis orofaríngea	17,64%
Toxoplasmosis	16,17%
NAC	16,17%
ITU	14,7%
Trastorno adaptativo	8,88%
Abscesos varios	8,88%
Neoplasias	7,35%
Sarcoma de Kaposi	5,88%
Desequilibrio electrolítico	5,88%
Epilepsia	5,88%
Síndrome diarreico	4,41%
Depresión mayor	4,41%
Otras ETS	4,41%
Faringoamigdalitis	2,94%
Rinosinusitis	2,94%
Falla multiorgánica	2,94%
Intento autolítico	2,94%
Herpes simple	2,94%
Delirium	2,94%
Criptococosis	2,94%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

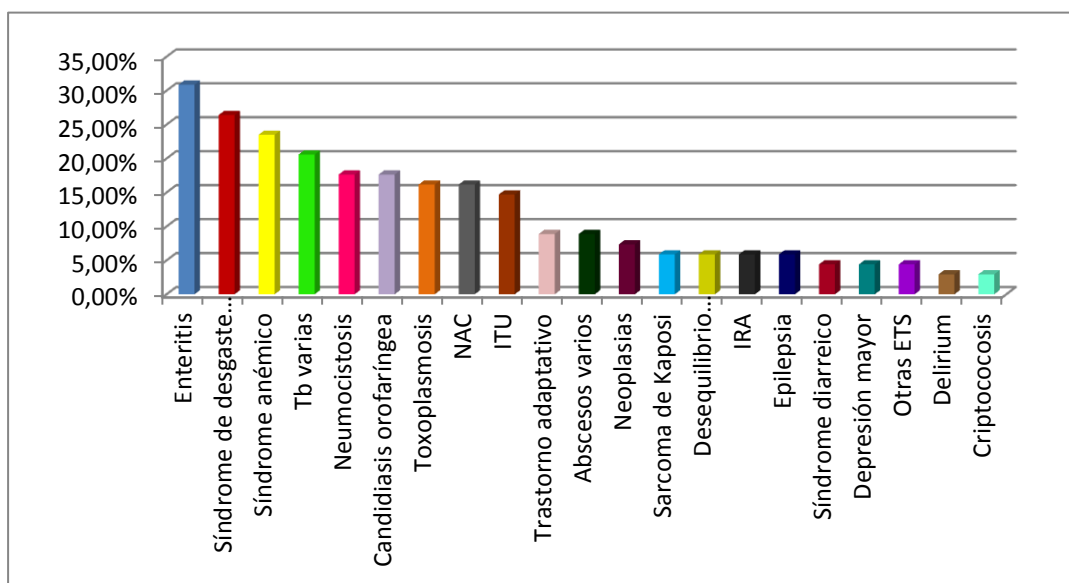
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Análisis: En esta tabla se presentan las patologías sobreañadidas al SIDA en cada paciente. Las que se encuentran con más frecuencia son: Enteritis (30,88%), síndrome de desgaste general (26,4%), síndrome anémico (23,5%), tuberculosis en sus diferentes formas (20,58%), neumocistosis (17,64%), candidiasis orofaríngea (17,64%), toxoplasmosis (16,17%), NAC (16,17%), ITU (14,7%), trastorno adaptativo (8,88%), abscesos varios (8,88%), neoplasias (7,35%), sarcoma de Kaposi (5,88%), desequilibrio electrolítico (5,88%), epilepsia (5,88%), síndrome diarreico (4,41%), depresión mayor (4,41%), Otras ETS (4,41%), faringoamigdalitis (2,94%), rinosinusitis (2,94%), delirium (2,94%), criptococosis (2,94%).

Gráfico No 8

Distribución de los pacientes según comorbilidad



Fuente: Tabla No 8.

Elaboración: Elaboración: María José Brito Vásquez.

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 9
Distribución de los pacientes según carga viral al momento del ingreso

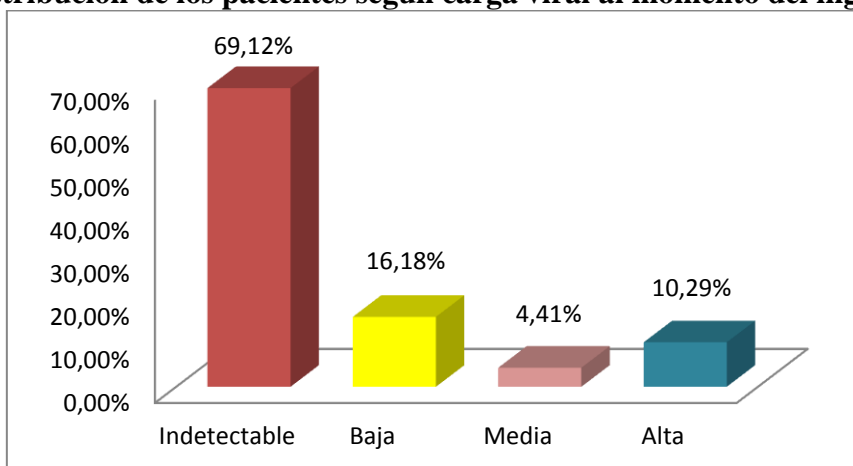
Carga viral	Frecuencia	Porcentaje
Indetectable	47	69,12%
Baja	11	16,18%
Media	3	4,41%
Alta	7	10,29%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásconez.

Análisis: En la presente tabla, se observa la distribución de los 68 pacientes del estudio según carga viral. El 69,12% (47 pacientes) presentan una carga viral indetectable (menor a 50). El 16,18% (11 pacientes) tienen una carga viral baja (51 – 10000). El 4,41% (3 pacientes) tienen un carga viral media (10000 – 100000). El 10,29% tienen una carga viral alta (100000 – 1000000).

Gráfico No 9
Distribución de los pacientes según carga viral al momento del ingreso



Fuente: Tabla No 9.

Elaboración: María José Brito Vásconez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 10

Distribución de los pacientes según CD4 al momento de ingreso

CD4	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 200	33	48,53%
200 - 350	18	26,47%
351 - 450	9	13,24%
Mayor a 450	8	11,76%
Total	68	100,00%

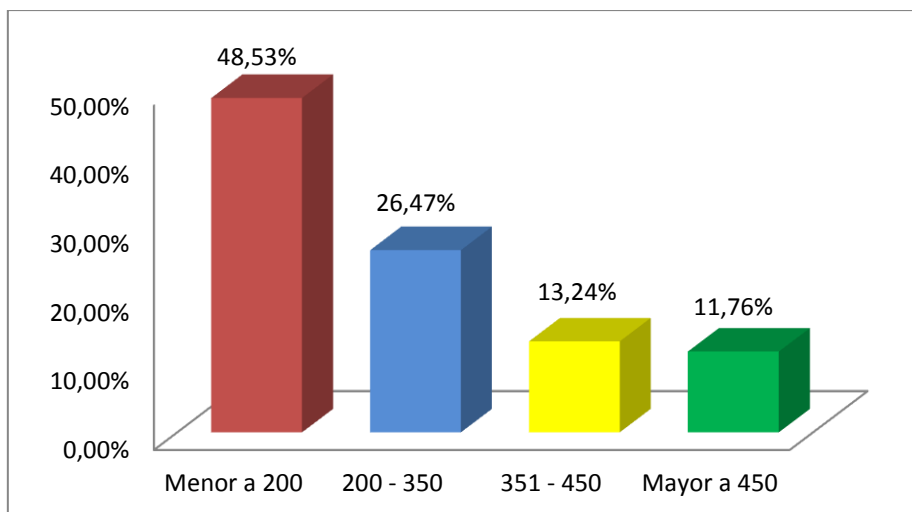
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, se presenta la distribución de los 68 pacientes del estudio según cantidad de CD4. El 48,53% (33 pacientes) presentan menor de 200 CD4. El 26,47% (18 pacientes) tienen entre 200 – 350 CD4. El 13,24% (9 pacientes) presentan entre 351 – 450 CD4. El 11,76% (8 pacientes) tienen más de 450 CD4.

Gráfico No 10

Distribución de los pacientes según CD4 al momento del ingreso



Fuente: Tabla No 10.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 11

Distribución de los pacientes según terapia antibiótica recibida durante la hospitalización

Terapia antibiótica	Frecuencia	Porcentaje
Trimetoprim/sulfametoxazol	38	55,8%
Ciprofloxacina	27	39,7%
Clindamicina	20	29,4%
Ceftriaxona	14	20,5%
Ceftazidima	11	16,1%
Amikacina	6	8,8%
Moxifloxacina	5	7,3%
Amoxicilina/ácido clavulánico	4	5,8%
Claritromicina	4	5,8%
Cefazolina	3	4,4%
Piperacilina/tazobactam	3	4,4%
Cefuroxima	2	2,9%
Cefalexina	2	2,9%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

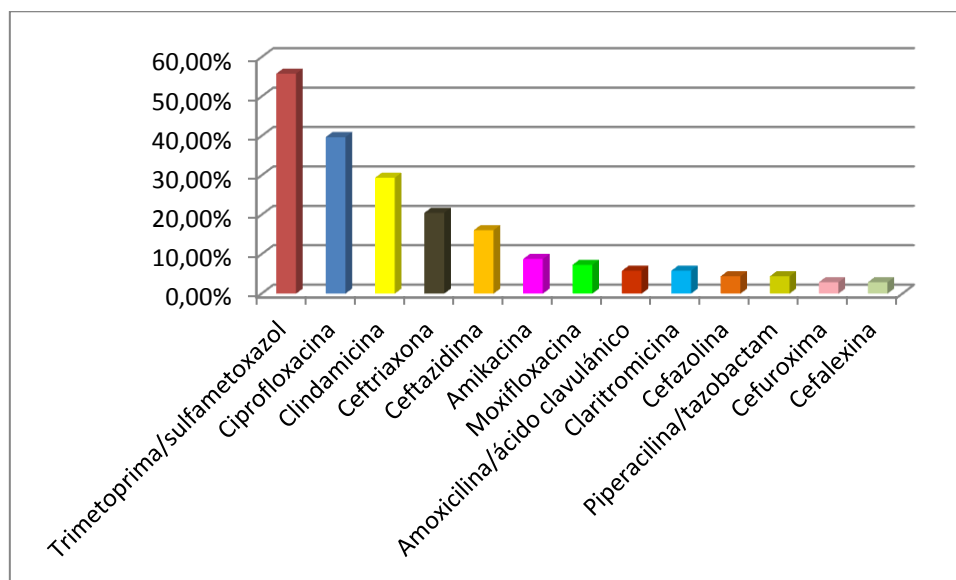
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, se expone los esquemas antibióticos usados durante la hospitalización de los pacientes con SIDA. El antibiótico más usado es el Trimetoprim/sulfametoxazol con un 55,8% (38 pacientes). Luego, la Ciprofloxacina (quinolona de tercera generación) con un 39,7% (27 pacientes). La Clindamicina (lincosamida) ocupa el tercer lugar con un 29,4% (pacientes). La Ceftriaxona (cefalosporina de tercera generación) con un 20,5% (14 pacientes). La Ceftazidima (cefalosporina de tercera generación) con un 16,1% (11 pacientes). La Amikacina (aminoglucósido) con un 8,8% (6 pacientes). La Moxifloxacina (quinolona de cuarta generación) con 7,3% (5 pacientes). La amoxicilina + ácido clavulánico con un 5,8% (4 pacientes) y en igual magnitud la Claritromicina (macrólido). La Cefazolina (cefalosporina de segunda generación) y la Piperacilina/tazobactam se usan en igual frecuencia para cada uno, en un 4,4% (3 pacientes).

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 11

Distribución de los pacientes según terapia antibiótica recibida durante la hospitalización



Fuente: Tabla No 11.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 12
Distribución de los pacientes según tratamiento antirretroviral

Terapia antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
Abacavir + Lamivudina, Efavirenz	7	10,29%
Abacavir + Lamivudina, Lopinavir + Ritonavir	44	61,76%
Zidovudina + Lamivudina , Efavirenz	3	4,41%
Zidovudina + Lamivudina, Lopinavir + Ritonavir	6	8,82%
Tenofovir + Emtricitabina, Efavirenz	5	7,35%
Raltegravir + Tenofovir + Emtricitabina	3	4,41%
Total	68	100,00%

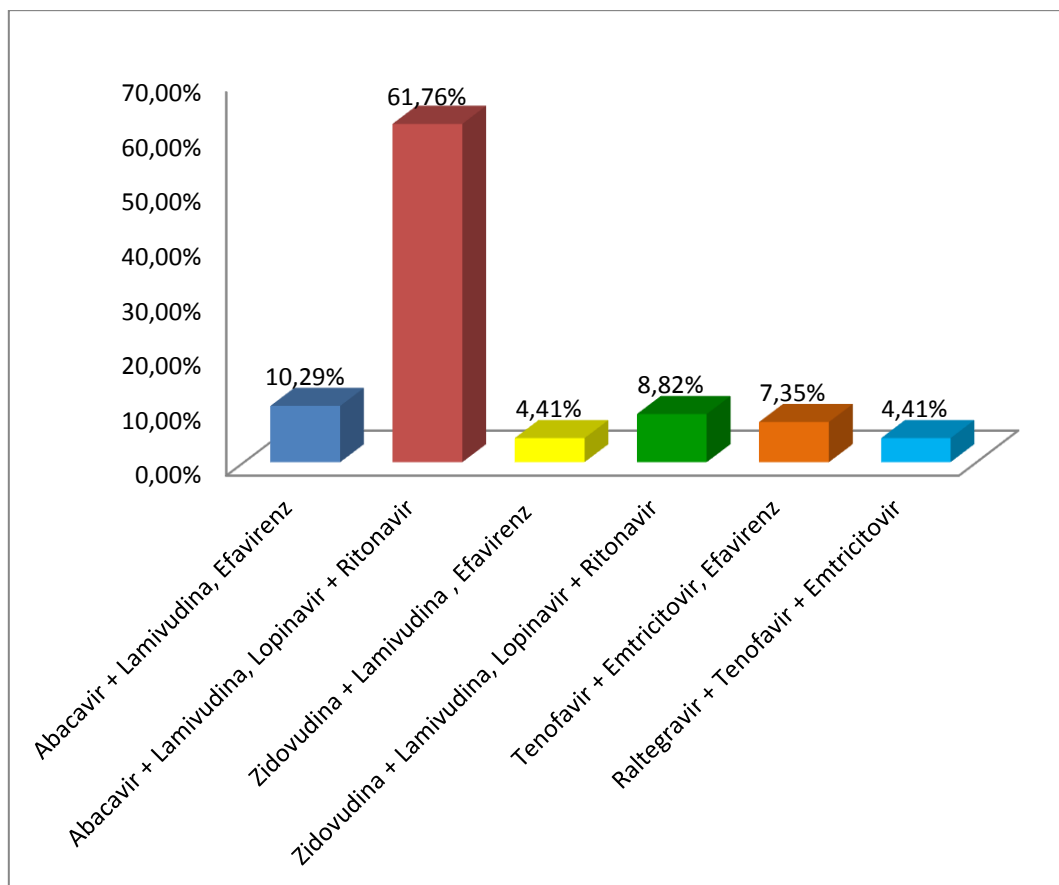
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla se observa la frecuencia en el tratamiento antirretroviral de los pacientes. El régimen Abacavir + Lamivudina con Lopinavir + Ritonavir es el más usado con una frecuencia del 61,76% (44 pacientes). En segundo lugar, se encuentra el régimen de Abacavir + Lamivudina + Efavirenz con un 10,29% (7 pacientes).

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 12
Distribución de los pacientes según tratamiento antirretroviral



Fuente: Tabla No 12.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 13
Distribución de los pacientes según germen aislado

Germen oportunista aislado	Frecuencia	Porcentaje
Mycobacterium tuberculosis	7	10,29%
Escherichia coli	6	8,82%
Estafilococo aureus	2	2,94%
Estafilococo coagulasa negativo	1	1,47%
Estafilococo epidermidis	1	1,47%
Estreptococo pyogenes	1	1,47%
Klebsiella pneumoniae	1	1,47%
Levaduras	1	1,47%
Negativo	15	22,06%
No solicitado	24	35,29%
Pendiente	7	10,29%
Pseudomona	2	2,94%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

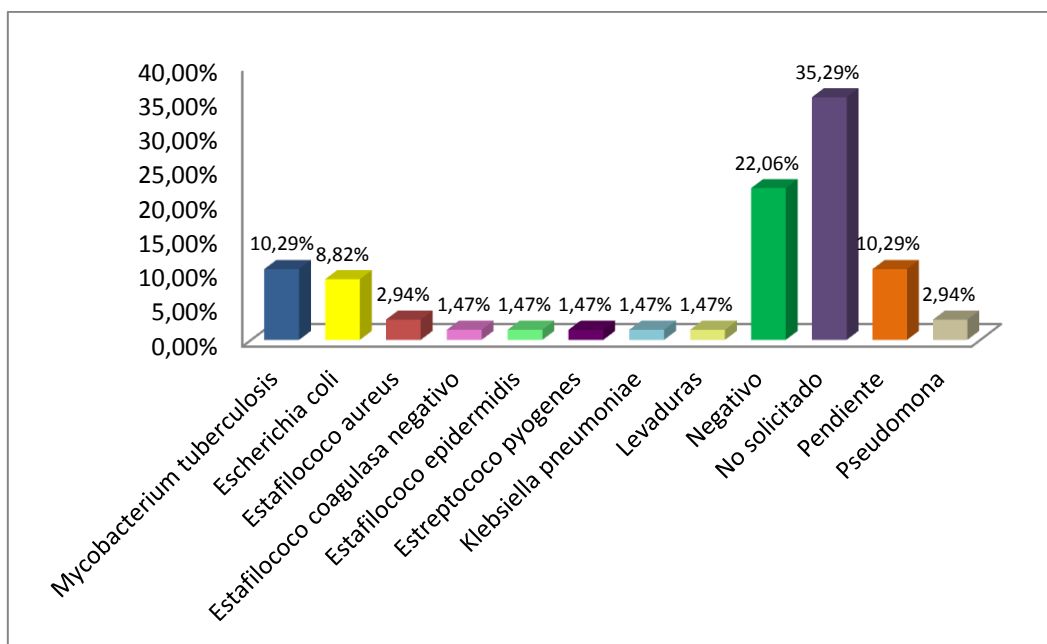
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, se expone la distribución de los 68 pacientes del estudio según germen oportunista aislado. El 10,29% (7 pacientes) presentaron Mycobacterium tuberculosis. El 8,82% (6 pacientes) tuvieron Escherichia coli. El 2,94% (2 pacientes) presentaron Estafilococo aureus. El 2,94% (2 pacientes) presentaron Pseudomona. El 1,47% (1 paciente) presentó Estafilococo coagulasa negativo. El 1,47% (1 paciente) presentó Estafilococo epidermidis. El 1,47% (1 paciente) tuvo Streptococcus pyogenes. El 1,47% (1 paciente) presentó Klebsiella pneumoniae. El 1,47% (1 paciente) presentó Levaduras. En un 22,06% (15 pacientes) no se aisló germen alguno. No se solicitó cultivo en un 35,29% (24 pacientes). En un 10,29% (7 pacientes) el cultivo está pendiente o se repitió por errores de laboratorio.

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 13

Distribución de los pacientes según germen aislado



Fuente: Tabla No 13.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 14
Distribución de los pacientes según tiempo de hospitalización

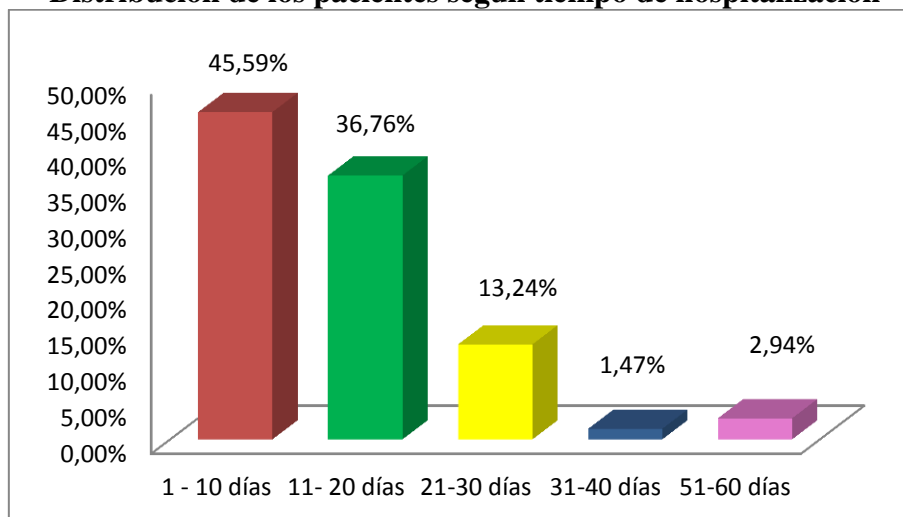
Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1 - 10 días	31	45,59%
11- 20 días	25	36,76%
21-30 días	9	13,24%
31-40 días	1	1,47%
51-60 días	2	2,94%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En la presente tabla, se presenta el tiempo de hospitalización en días. El 45,59% (31 pacientes) estuvo hospitalizado de 1 – 10 días. El 36,76% (25 pacientes) permaneció 11 – 21 días. El 13,24% (9 pacientes) estuvo 21 – 30 días. 1,47% (1 paciente) estuvo 31 – 40 días. El 2,94% (2 pacientes) estuvo 51 – 60 días.

Gráfico No 14
Distribución de los pacientes según tiempo de hospitalización



Fuente: Tabla No 14.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 15
Distribución de los pacientes según tiempo de infección por VIH

Tiempo de infección	Frecuencia	Porcentaje
1 - 12 meses	27	39,71%
13 - 24 meses	12	17,65%
25 - 36 meses	9	13,24%
37 - 48 meses	9	13,24%
49 - 60 meses	5	7,35%
61 - 72 meses	1	1,47%
73 - 84 meses	3	4,41%
85 - 96 meses	1	1,47%
109 - 120 meses	1	1,47%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

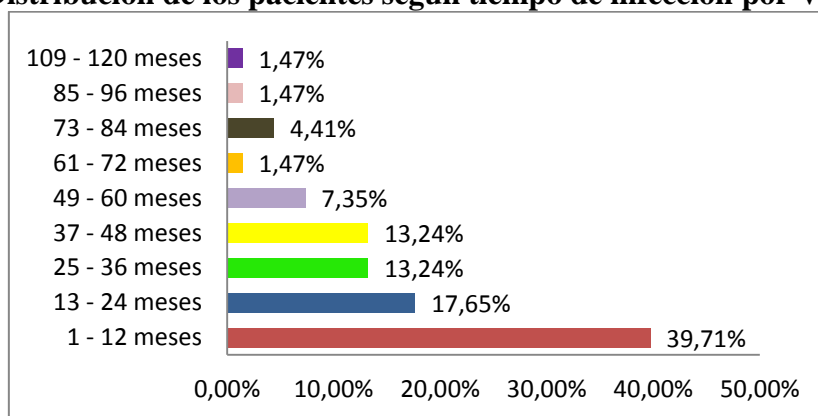
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla, observamos el tiempo de infección por SIDA de los pacientes por meses. El 39,71% (27 pacientes) tiene 1- 12 meses de infección. El 17,65% (12 pacientes) la padecen 13 – 24 meses. El 13, 24% (9 pacientes) tiene de 25 – 36 meses. El 13,24 (9 pacientes) la padecen de 37 – 48 meses. El 7,35% (5 pacientes) la tienen 49 – 60 meses. El 1,47% (1 paciente) la padece 61 – 72 meses. El 4,41% la padecen 73 – 84 meses. El 1,47% (1 paciente) la tiene 85 – 96 meses. El 1,47% (1 paciente) la padecen 109 – 120 meses.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 15
Distribución de los pacientes según tiempo de infección por VIH



Fuente: Tabla No 15.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Tabla No 16
Distribución de los pacientes según otros medicamentos recibidos durante la hospitalización

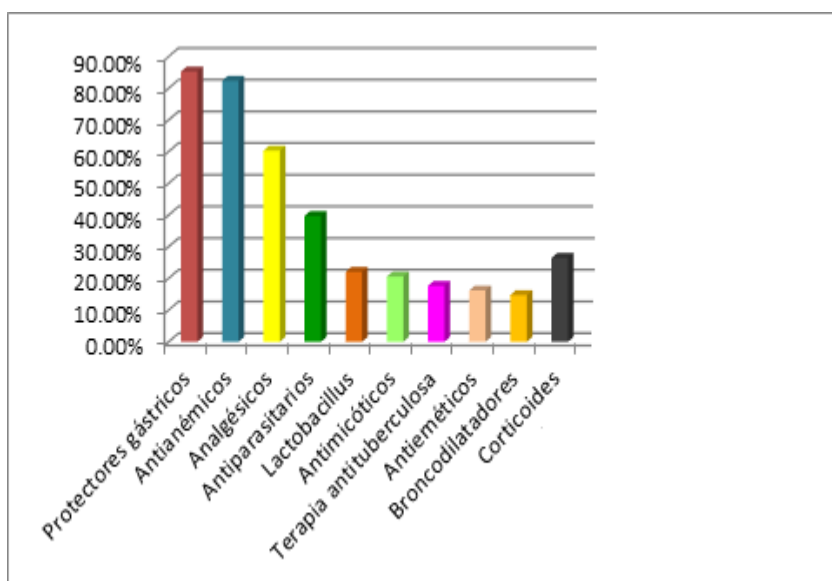
Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Protectores gástricos	58	85,35%
Antianémicos	56	82,28%
Analgésicos	41	60,29%
Antiparasitarios	27	39,7%
Lactobacilos	15	22,05%
Antimicóticos	14	20,58%
Terapia antituberculosa	12	17,64%
Antieméticos	11	16,17%
Broncodilatadores	10	14,70%
Corticoides	18	26,46%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En la presente tabla, exponemos otros medicamentos usados según frecuencia durante la hospitalización de los pacientes con SIDA, encontrándose: protectores gástricos en un 85,35% (58 pacientes), antianémicos en un 82,28% (56 pacientes), analgésicos en un 60,29% (41 pacientes), antiparasitarios en un 39,7% (27 pacientes), lactobacilos en un 22,05% (15 pacientes), antimicóticos en un 20,58% (14 pacientes), Terapia antituberculosa (Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol) en un 17,64% (12 pacientes), antieméticos en un 16,17% (11 pacientes), broncodilatadores en un 14,70% (10 pacientes), corticoides en un 26,46% .

Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

Gráfico No 16
Distribución de los pacientes según otros medicamentos



Fuente: Tabla No 16.

Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

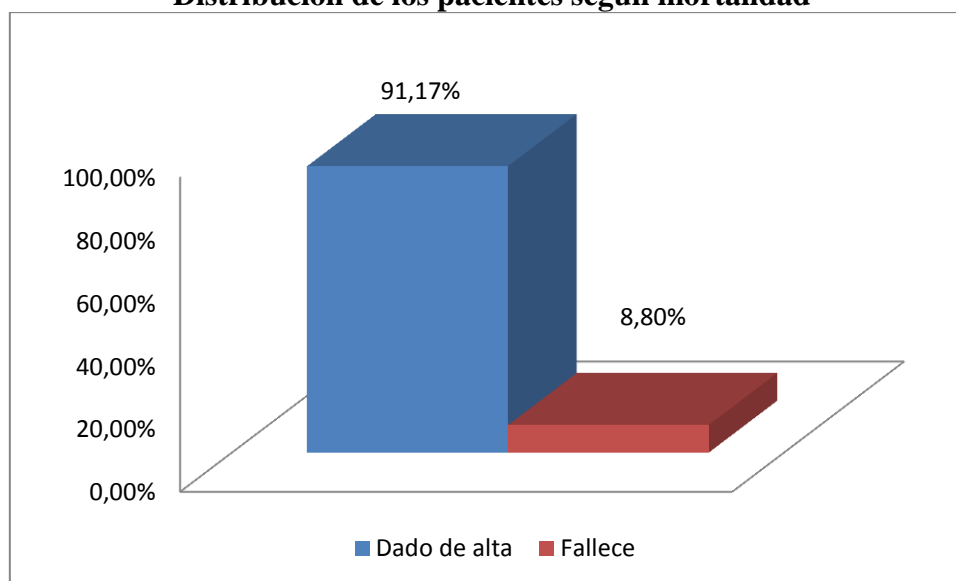
Tabla No 17
Distribución de los pacientes según mortalidad

Pronóstico	Frecuencia	Porcentaje
Dado de alta	62	91,17%
Fallece	6	8,8%
Total	68	100,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: María José Brito Vásquez.

Análisis: En esta tabla tenemos la distribución de los pacientes según mortalidad. El 91,17% (62 pacientes) fueron dados de alta. El 8,8% (6 pacientes) fallecieron.

Gráfico No 17
Distribución de los pacientes según mortalidad



Fuente: Tabla No 17.
Elaboración: María José Brito Vásquez.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO VI

6.1 DISCUSION

El presente estudio de tipo observacional descriptivo fue diseñado para conocer el manejo por hospitalización de los pacientes con diagnóstico de Sida que han sido tratados en el área de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso en un período de 24 meses de acuerdo a sexo, edad, instrucción, procedencia, estado civil, apariencia general, diagnóstico de ingreso, carga viral, CD4, comorbilidad de egreso, terapia antirretroviral, antibióticos y medicamentos usados durante su hospitalización, cultivo y germen aislados, tiempo de infección por VIH, días de hospitalización y mortalidad, el análisis se realizó con los datos de las historias clínicas que reposan en el área de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

El estudio comprendió un universo de 68 pacientes hospitalizados durante el período de junio 2012 a junio 2014, encontrándose que la mayor frecuencia de pacientes hospitalizados pertenecieron al sexo masculino con un 73,53% (50 pacientes) y el 26,47% (18 pacientes) corresponden al sexo femenino, concordando con estudios realizados en América Latina donde de igual manera tenemos que el mayor número de hospitalizaciones pertenecen al género masculino según estudios realizados en Colombia donde nos indica que el 72.5%⁽²⁰⁾ pertenece al género masculino, de igual manera en Argentina con el 81%⁽¹⁵⁾ y en Venezuela 73,8%⁽¹⁹⁾.

La edad promedio de los pacientes hospitalizados según el presente estudio se encuentra entre 31-40 años en el 39,71% (27 pacientes), pacientes en edad reproductiva, observando estudios realizados en Colombia donde tenemos una realidad parecida a la nuestra presentando que la edad promedio de los pacientes hospitalizados con esta patología oscila entre los 33 a 34 años de edad⁽²⁰⁾, de igual manera en Paraguay donde la edad promedio es de 39 años⁽³²⁾, en Argentina 35 años⁽¹⁵⁾ y en Venezuela de 39.76 años⁽¹⁹⁾.

No contamos con estudios realizados en otros países acerca de estado civil e instrucción de los pacientes hospitalizados con SIDA, dentro de nuestro medio según el presente estudio tenemos que el 58,82% (40 pacientes) tienen un nivel primario de instrucción y



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

que el estado civil predominante en los pacientes hospitalizados con Sida corresponde a pacientes solteros con el 51,47% (35 pacientes).

En el presente estudio obtuvimos que los pacientes hospitalizados provienen el 51,47% (35 pacientes) de provincias de la sierra, tomando en cuenta que la presente investigación se realizó en un hospital de la provincia del Azuay.

Dentro del estudio obtuvimos que el 61,76% (42 pacientes) presentan una apariencia general regular, comparando con una realidad similar a la de Argentina donde se presenta que los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Sida presentan una media de 54 kg de peso con un IMC de $18 \pm 4,8$ kg/m², correspondiente a delgadez severa y aceptable.⁽¹⁹⁾

Sobre datos de cultivos más realizados dentro de los pacientes del estudio obtuvimos que la mayoría son de cultivos de esputo en un 13,24% (9 pacientes) aislando el germen *Mycobacterium tuberculosis* correspondiente al 10,29% (7 pacientes) de casos.

En nuestro medio acerca de la carga viral obtuvimos el siguiente resultado que el 69,12% (47 pacientes) presentan una carga viral indetectable, que tenemos que tomar en cuenta que son pacientes que se han mantenido con terapia antirretroviral.

Lo que corresponde a CD4 tenemos que tener en cuenta que la mayoría de las infecciones oportunistas se producen cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm³, dentro del presente estudio obtuvimos que el 48,53% (33 pacientes) de los pacientes hospitalizados presentan un número menor de 200 células CD4/mm³, comparando con estudios realizados en otros países como en Colombia donde tenemos que el 93% de pacientes hospitalizados con SIDA tenían menos de 200 células CD4+/mm³⁽²⁰⁾ y en Argentina tenemos una media de 86 células/mm³ de CD4⁽¹⁵⁾ dando paso a enfermedades oportunistas.

Dentro de las patologías de ingreso más frecuentes que se presentan en nuestro estudio según el presente estudio son: síndrome de desgaste general en un 52,9%; enteritis en un 19,11%; síndrome febril en un 13,2%; síndrome diarreico crónico en un 13,2%; NAC en un 8,8%; tuberculosis en todas sus formas, en un 8,8%, observando que en Argentina los diagnósticos de ingreso de pacientes con diagnóstico de Sida más frecuentes fueron: candidiasis oral, vaginal y esofágica 13%, tuberculosis pulmonar 9%, toxoplasmosis



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

cerebral 8%, meningitis por criptococo 7% y diarrea crónica 6%, 29, el 70% de pacientes fueron hospitalizados con más de un diagnóstico clínico ⁽¹⁵⁾, en Venezuela se obtuvo que los motivos de ingreso más frecuentes fueron: síndrome de desgaste general en un 48.6%, neumonía bacteriana con el 35.7%, candidiasis orofaríngea y esofágica 28.7%, enfermedades gastrointestinales 16.7%, nefropatía por VIH 14.3% y herpes zoster 9.5% ⁽¹⁹⁾, presentando diagnósticos similares a los que se presentan en nuestro medio al momento del ingreso a hospitalización.

Como diagnóstico de egreso de los pacientes hospitalizados por Sida según el presente estudio tenemos que las patologías diagnosticadas con mayor frecuencia son: enteritis en un 30,88%, síndrome de desgaste general 26,4%, síndrome anémico 23,5%, tuberculosis en sus diferentes formas 20,58%, Neumocistosis (17,64%), en países de América latina como en Venezuela los principales diagnósticos de egreso son : el 48.6% de pacientes presentan síndrome de desgaste orgánico, el 35.7% presenta neumonía bacteriana, un 28.7% candidiasis orofaríngea y esofágica; 16.7% enfermedades gastrointestinales, 14.3 nefropatía por VIH y 9.5% herpes zoster. ⁽¹⁹⁾

En nuestro estudio obtuvimos que el antibiótico usado con mayor frecuencia durante la hospitalización y tratamiento de pacientes con Sida es el Trimetoprim/sulfametoxazol en un 55,8% (38 pacientes) y los medicamentos coadyuvantes usados durante la hospitalización con mayor frecuencia son: protectores gástricos en un 85,28% (58 pacientes), antianémicos en un 82,35% (56 pacientes), analgésicos en un 60,29% (41 pacientes), antiparasitarios en un 39,7% (27 pacientes), lactobacilos en un 22.05% (15 pacientes), al momento no se cuenta con estudios sobre antibióticos y medicamentos coadyuvantes usados durante la hospitalización de pacientes con Sida realizados en otros países, dentro de nuestro estudio determinamos también el tiempo de infección por VIH promedio que presentan los pacientes que han sido hospitalizados obteniendo que el 39,71% (27 pacientes) oscila entre 1 a 12 meses de tiempo de infección.

A cerca de la terapia antirretroviral usada antes y durante la hospitalización obtuvimos que el régimen más usado en nuestro medio es Abacavir + Lamivudina con Lopinavir + Ritonavir con una frecuencia del 61.76 % (44 pacientes), mientras que en Argentina la



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

terapia antirretroviral más usada según su estudio es Lamivudina +Zidovudina con Lopinavir + Ritonavir⁽¹⁵⁾, presentando una realidad similar a la nuestra.

Dentro del presente estudio obtuvimos que el 45,59% (31 pacientes) permanecieron hospitalizados entre 1 a 10 días, en Argentina el tiempo de hospitalización promedio es de 17 días⁽¹⁵⁾, en Venezuela el promedio de días de hospitalización fue de 16 a 18 días⁽¹⁹⁾ y en Paraguay tenemos una realidad similar a la nuestra con un promedio de 8 días de hospitalización.⁽³²⁾

Como punto final del presente estudio obtuvimos que la mortalidad presentada por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Sida es del 8,82% (6 pacientes) y el 91,18% (62 pacientes) son dados de alta en mejores condiciones, siendo reintegrados a su entorno familiar y social, volviéndoles entes productivos, lo cual va acorde a la última definición de SIDA como infección crónica incurable. En Colombia dentro de su estudio obtuvimos que existe una supervivencia del 50% de pacientes que fueron hospitalizados con afecciones a nivel de SNC y SIDA⁽²⁰⁾, en Argentina la mortalidad encontrada fue del 24%⁽¹⁵⁾ y en Paraguay presentan un 44% de supervivencia⁽³²⁾, llegando a la conclusión que en comparación con los estudios realizados en países de América latina, la mortalidad presentada en el área de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso es baja durante la hospitalización de los pacientes con Sida.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1CONCLUSIONES

En nuestro estudio de tipo observacional descriptivo obtuvimos los siguientes resultados:

- El 73,53% (50 pacientes) hospitalizados con diagnóstico de sida corresponde al sexo masculino.
- La 39,71% (27 pacientes) tienen una edad promedio que oscila entre 31 a 40 años.
- El 51,47% (35 pacientes) dentro de este estudio son solteros
- El 58,82% (40 pacientes) presenta un nivel de instrucción primario.
- El 39,71% (27 pacientes) provienen de la región sierra.
- El 61,76% (42 pacientes) hospitalizados tienen estado nutricional regular.
- El principal germen aislado en los cultivos fue Mycobacterium tuberculosis en el 10,29% (7 pacientes) de cultivos, seguido por Escherichia coli 8,82% (6 pacientes), llama la atención que en un 10,29% (7 pacientes) el cultivo está pendiente o se repitió por errores de laboratorio.
- El 69,12% (47 pacientes) hospitalizados presentan carga viral indetectable.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

- El 48,53% (33 pacientes) presentan menos de 200 células CD4.
- El 52,9% presentan síndrome de desgaste, 19.11% presenta enteritis, 13.2% síndrome febril, como patologías diagnosticadas con mayor frecuencia al momento de ingreso.
- El 30,88% de pacientes hospitalizados presentan enteritis como diagnóstico de egreso, 26.4% síndrome de desgaste general, 23.5% síndrome anémico, 20.58% tuberculosis en sus diferentes formas, 17.64 neumocistosis y 17,64% candidiasis orofaríngea.
- En el 55.8% Trimetoprim/sulfametoxazol es el antibiótico usado con mayor frecuencia.
- El 45.59% (31 pacientes) presenta un tiempo promedio de hospitalización entre 1– 10 días.
- El 61.76% (44 pacientes) utilizan la terapia antirretroviral Abacavir + Lamivudina con Lopinavir + Ritonavir.
- El 39.71%(27 pacientes) presentan un tiempo de infección que oscila entre 1- 12 meses.
- El 85,28% (58 pacientes) son tratados con protectores gástricos, 82,35% (56 pacientes) con antianémicos, 60,29% (41 pacientes) con analgésicos, 39,7% (27 pacientes) con antiparasitarios.
- El 91,18% (62 pacientes) son dados de alta vivos de la hospitalización y un 8,82% (6 pacientes) fallecieron durante la estadía en la casa de salud, según nuestro estudio.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios comparativos a nivel nacional.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; [citado: 25 de enero de 2015].VIH/SIDA. Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
2. Ministerio Salud Pública del Ecuador: Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. Publicación Semestral, 2011.
3. Centro de estadística del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2014.
4. Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos, 2010.
5. Manual de Salud Sexual Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador. 1999
6. Fundación Barceló. Madrid, 2010. Disponible en la web en: www.fundacion-barcelo.com.ar/medicina/microbiologia%20medicina/Virus%20de%20la%20Inmunodeficiencia%20humana%20.pps enfermedades marcadoras de sida
7. Medline. VIH/SIDA y las infecciones. Junio/2015. Disponible en la siguiente dirección: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hivaidsandinfections.html>



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

8. Risalda.net [Internet]. Colombia: Risalda 2001 [actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abril de 2013]. Disponible en: Risalda:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Mis%20documentos/Downloads/8259-8037-1-PB.pdf
9. Aidsinfont.org. análisis de células cd4. Mayo de 2014. Disponible en la web en: http://www.aidsinfont.org/fact_sheets/view/124?lang=spa
10. NAM. CD4 y Carga viral, 2009. Disponible en la web en: http://www.aidsmap.com/v6347467547000000000/file/1003939/CD4_and_viral_load_Spanish.pdf
11. Project Inform. Análisis de sangre: Dos pruebas comunes. Enero, 2011. Disponible en la web en la siguiente dirección: http://www.projectinform.org/pdf/bw_sp.pdf
12. Medline plus. Terapia antirretroviral. Julio, 2014. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hivaidsmedicines.html>
13. Aidsinfont.org. Terapia antirretroviral. julio de 2014. http://www.aidsinfont.org/fact_sheets/view/403?lang=spa
14. OPS,2013.Ecuador.http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

15. Revista argentina de neuropsiquiatría. Las estadísticas del SIDA 2000.
<http://www.alcmeon.com.ar/9/33/Sida.htm>
16. Arias Miranda I. M., González García M. E., García-Alcalde Fernández M. L., Fuente García B. de la, Campoamor Serrano M. T., Morís de la Tassa J. Morbilidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2014 Oct 20]; 23(11): 519-524. Disponible en la siguiente dirección: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992006001100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992006001100003&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992006001100003>
17. Ferat-Osorio Eduardo, Guzmán-Valdivia Gómez Gilberto, Rosales Blasco Lourdes, Treviño-Pérez Sandra, Nieto-Cisneros Leopoldo, Majluf-Cruz Abraham. Características clínicas y evolución de pacientes con SIDA y dolor abdominal agudo. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado 2014 Oct 19]; 141(5): 357-362. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001638132005000500002&lng=e
18. Risalda.net [Internet]. Colombia: Risalda2001 [actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abril de 2013]. Disponible en: [Risalda:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Mis%20documentos/Downloads/8259-8037-1-PB.pdf](http://C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Mis%20documentos/Downloads/8259-8037-1-PB.pdf)
19. Sandoval de Mora Marisol, Dommar de Nuccio Lil, Mosqueda Rosa, Valenzuela Franklin. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. Rev. Soc. Ven. Microbiol. [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Oct 20]; 28(2): 116-120. Disponible en:



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562008000200008&lng=es

20. González Ángel, Tobón Ángela María. Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. Infect. [Serial on the Internet]. 2006. Dic [citado 2014 Oct 20]; 10(4): 279-287. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922006000400011&lng=en.
21. Pérez Molina Anelys D., Gala González Ángela, Rodríguez Barreras María E., Capó de Paz Virginia, Collazo Caballero Sonia, Fernández Andreu Carlos. Histoplasmosis con manifestaciones cutáneas en pacientes VIH/SIDA. Rev. Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2007 Ago. [citado 2015 Feb 14]; 59(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200008&lng=es.
22. Larrea Fabra Roberto, Roque Acosta María del Carmen. Enfermedades oportunistas: Experiencias en la población sudafricana con SIDA. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2015 Feb 14]; 46(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300005&lng=es.
23. Oropesa González Lisset, Sánchez Valdez Lizet, Berdasquera Corcho Denis, Gala González Ángela, Pérez Ávila Jorge Lorenzo, Isela Lantero María. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2015 Feb 14]; 59(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200009&lng=es.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

24. García R, Luque R, McDuvall J, Moreno L. Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte, 2000-2005. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Grupo Temático para Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección General de Salud Pública. Bogotá, D. C.: ONUSIDA; 2012.
25. Linares ML, Barrera O, Bencomo JF, Ruíz ML. Influencia de la infección por VIH/SIDA sobre indicadores antropométricos del estado nutricional. DSTJ BrasDoencas Sex Transm 15 (3): 10-15, 2010
26. Faella Oscar. Evaluación de costos de internación en terapia intensiva de pacientes con diagnóstico de SIDA. Rev. Inst. Med. Trop. 2015; Vol 4(1); 17:27. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v4n1/v4n1a03.pdf>
27. Peña E., Reyes Y., Guerrero J., Echerman D., Epidemiología de la infección por HIV / SIDA en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Vargas de Caracas. Med Inter Caracas [Internet].2011; 03-04-2015; Volumen (27): 137-143. Disponible en http://svmi.web.ve/wh/revista/V27_N2.pdf#page=63
28. Montejo González Juan Carlos, Culebras-Fernández Jesús M, García de Lorenzo y Mateos Abelardo. Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2006 Ago. [citado 2015 Mar 30]; 134(8): 1049-1056.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000800016&lng=es.
29. Sánchez Álvarez C., Núñez Ruiz R., Conejero García R. Soporte nutricional en el paciente con SIDA. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. [citado 2015 Mar 31]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000500012&lng=es.



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

30. Sociedad argentina de infectología. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de la infección por HIV/SIDA y sus comorbilidades asociadas. SADI 2012. http://aidstar-one.com/sites/default/files/Argentina_2012_tagged.pdf
31. Ministerio de sanidad y consumo. . Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 2008. Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/cmbd.pdf>
32. Faella Oscar. Evaluación de costos de internación en terapia intensiva de pacientes con diagnóstico de SIDA. Rev. Inst. Med. Trop. 2015; Vol 4(1); 17:27. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v4n1/v4n1a03.pdf>



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.



CAPITULO IX

9. ANEXOS

9.1 FORMULARIO PARA APLICACIÓN EN INVESTIGACION

UNIVERSIDAD DE CUENCA – FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS- ESCUELA DE MEDICINA

TITULO: Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Período Junio Del 2012 a Junio Del 2014

Objetivo: Evaluar el manejo clínico por hospitalización de pacientes con diagnóstico de SIDA en el Hospital Vicente Corral Moscoso

- **Edad**
.....
- **Estado civil**
 - soltero
 - casado
 - unión libre
 - viudo
- **Instrucción**
 - Ninguna
 - Primario
 - Secundario
 - superior
- **Procedencia**
 - Costa
 - Sierra
 - Oriente
 - Extranjeros
- **Diagnóstico de ingreso**
.....
- **Tiempo de hospitalización**



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

- 1-10 días
- 11-20 días
- 21-30 días
- 31 – 40 días
- 41 – 50 días
- 51 – 60 días
- > 60 días

- **Estado nutricional**

Bueno

Malo

Regular

- **Carga viral**

- Indetectable (menor a 50)
- Baja (51-10.000)
- Media (10.000-100.000)
- Alta (100.000-1000.000)

- **CD4**

-<200

-200-350

-351-450

->451

- **Tiempo de infección**

- 1-12 meses
- 13-24 meses
- 25-36 meses
- 37-48 meses
- 49-60 meses
- 61-72 meses
- 73-84 meses
- 86-96 meses
- 109-120 meses

- **Comorbilidad presente**

.....

- **Terapia antiretroviral con la que es tratado**

- Abacavir + Lamivudina, Efavirenz



Manejo hospitalario del paciente con diagnóstico de Sida en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Junio del 2012 a Junio del 2014.

- Abacavir + Lamivudina, Lopinavir + Ritonavir
- Zidovudina + Lamivudina , Efavirenz
- Zidovudina + Lamivudina, Lopinavir + Ritonavir
- Tenofovir + Emtricitabina, Efavirenz
- Raltegravir + Tenofovir + Emtricitabina
- **Antibióticos usados durante tiempo de hospitalización**
.....
- **Otros medicamentos usados durante tiempo de hospitalización**
.....
- **Germen oportunista aislado**
.....
- **Espécimen utilizado para cultivo**
.....
- **Condición el momento del alta**
 - Vivo
 - Muerto